Załącznik nr 8 do SWZ - Opis przedmiotu zamówienia

Pakiet nr 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wymagane parametry i funkcje**(wartości minimalne wymagane) | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany** |
|  **Waga dla pacjentów na wózkach inwalidzkich – 1 sztuka**Oferowany model: …………………………………………………………Producent: …………………………………………………………Rok produkcji ………………………………………………………… |
|  | Waga nowa, nieużywana, wyklucza się wagę demonstracyjną.  | TAK, podać |  |
|  | Elektryczna, wielofunkcyjna waga.dla pacjentów na wózkach inwalidzkich. | TAK, podać |  |
|  | Rampa podjazdowa do ważenia pacjentów na wózkach inwalidzkich. | TAK, podać |  |
|  | Podświetlany wyświetlacz LCD do odczytywania wyników oraz wyposażony w klawisze funkcyjne do obsługi. | TAK, podać |  |
|  | Klasa dokładności minimum III. | TAK, podać |  |
|  | Nośność min.:300 kgPodziałka(g) minimum: 100g  | >300 kg – 5pkt300kg - 0 pkt. |  |
|  | Zasilanie: bateryjne lub sieciowe (zasilacz w zestawie). | TAK, podać |  |
|  | Wymiary (Szer x Wys x Dł): 900 x 70 x 1064mm (±100 mm) | TAK, podać |  |
|  | Funkcje: resetowanie, rolki transportowe (kółka transportowe min. 2), TARA, HOLD, BMI. | TAK, podać |  |
|  | Oprogramowanie sterujące. | TAK, podać |  |
|  | Waga z legalizacją. | TAK, podać |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Wymagane parametry i funkcje****(wartości minimalne wymagane)** | Parametr wymagany | Parametr oferowany |
| **Wymagania techniczne – dotyczy wszystkich powyższych urządzeń** |
|  | Obsługa przedmiotu zamówienia i komunikatyw języku polskim /jeśli dotyczy/ | TAK, podać |  |
|  | Gwarancja min. 24 miesiące od dnia instalacji potwierdzonej protokołem uruchomieniai przekazania przedmiotu zamówienia w terminie uwzględniającym godziny pracy Zamawiającego. | TAK, podać |  |
|  | Czas reakcji serwisu od powiadomieniado rozpoczęcia naprawy max. 24 godz. /dotyczy wyrobu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Czas oczekiwania na skuteczne usunięcie uszkodzenia /dotyczy wyrobu medycznego/:a. nie wymagającej importu części nie dłużej niż 2 dni robocze. /dotyczy wyrobu medycznego/b. wymagającej importu części nie dłużej niż 10 dni roboczych. /dotyczy wyrobu medycznego/ | TAK, podać |  |
|  | Wykonawca dostarczy, urządzenie oraz przeprowadzi instruktarz obsługi i konserwacji w cenie oferty. | TAK, podać |  |
|  | Serwis pogwarancyjny, dostępność części zamiennych – min. 10 lat od daty sprzedaży. /dotyczy wyrobu medycznego/ | TAK, podać |  |

Parametry wymagane stanowią parametry graniczne / odcinające – niespełnienie nawet jednego
z w/w parametrów spowoduje odrzucenie oferty. Brak opisu traktowany będzie jako brak danego parametru w oferowanej konfiguracji.

 …………………………………..

 Podpis osoby uprawnionej do

 reprezentowania Wykonawcy